

## LA PATHOLOGIE ANO-RECTALE A BANGUI REPUBLIQUE DE CENTRAFRIQUE (RCA)

YASSIBANDA S<sup>1</sup>, IGNALEAMOKO A<sup>1</sup>, MBELESSO P<sup>1</sup>, BOBOSSI G.S<sup>2</sup>, BOUA N<sup>1</sup>,  
CAMEGO-POLICE S.M<sup>1</sup>, WABOLOU P<sup>1</sup>, NALI N<sup>3</sup>, VOHITO M.D<sup>1</sup>

1. Service d'Hépatogastroentérologie et de Médecine Interne – Hôpital de l'Amitié Bangui

2. Complexe Pédiatrique – CHU Bangui

3. Service de Chirurgie – Hôpital de l'Amitié Bangui

### RESUME

La pathologie ano-rectale est fréquente et variée en Centrafrique. Le but de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des affections ano-rectales. Il s'agit d'une étude rétrospective de quatre ans portant sur 412 ano-rectoscopies avec 293 patients de sexe masculin et 112 de sexe féminin. L'âge moyen a été de 36,28 ans. La rectorragie a constitué le motif de consultation le plus fréquent (60,9%) suivi de la proctalgie (16%). Les lésions les plus fréquentes ont été les hémorroïdes (58,88%), les anorectites (27,10%). L'abcès anal (0,35%) de même que le prolapsus rectal (0,35%) et le cancer ano-rectal (2,33%) ont été rarement observés.

**MOTS CLES** : lésions anorectales, épidémiologie, Bangui.

### INTRODUCTION

Beaucoup d'études évoquent la rareté des affections digestives basses en milieu tropical en suggérant le rôle protecteur de l'alimentation à base de fibres. La pathologie anorectale existe pourtant en zone tropicale et subtropicale et elle est très variée.

Depuis l'avènement du SIDA, une attention particulière est attirée vers cette sphère dont les manifestations cliniques sont essentiellement les troubles du transit.

La présente étude se proposait d'étudier les aspects épidémiologiques, les différentes manifestations cliniques et les aspects endoscopiques de la pathologie anorectale à Bangui.

### PATIENTS ET METHODES

Ce travail a été réalisé dans l'unité d'Endoscopie Digestive de l'Hôpital de l'Amitié de Bangui de Janvier 1998 à Décembre 2002. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur l'analyse de tous les comptes rendus d'anorectoscopie. La technique é est classique avec le rectoscope rigide Olympus. Les patients pour la plupart étaient des externes adressés par les médecins des différents services (Services des Urgences, Médecine, Chirurgie et Pédiatrie). Les autres étaient des hospitalisés mais surtout des services de Médecine Interne. Le diagnostic de ces affections était reposé sur l'interrogatoire précisant les motifs de consultation, l'examen clinique général et un examen proctologique consistant en l'exploration de l'anus et du rectum. Les biopsies étaient fixées au formol à 10% et analysées par le service d'Anatomopathologie du Laboratoire National de Bangui.

### RESULTATS

Durant la période d'étude 412 ano-rectoscopies ont été effectuées sur 783 endoscopies basses soit 52%, parmi lesquelles 20 endoscopies étaient normales.

Sur les 412 patients, 293 étaient de sexe masculin et 112 de sexe féminin soit un sex-ratio de 2,4. L'âge moyen était de 36,28 ans. Les âges extrêmes variaient de 02 à 78 ans. Sur le plan socio-professionnel, notre série comportait une prédominance des fonctionnaires(28,4%), viennent ensuite les ménagères (17,2%), les étudiants (13,3%) et les sans professions (10,7%). Le motif de consultation le plus fréquent a été la rectorragie (60,9%). Les douleurs anales ont été retrouvées dans 16% des cas. Les autres motifs ont été faiblement représentés (Tableau I). La lésion la plus fréquente a été les hémorroïdes (58,88%) ensuite l'anorectite avec 27% des cas (Tableau II). L'abcès anal a été rarement observé (0,75%) de même que le prolapsus rectal (0,75%).

*Tableau I : Motifs de consultation*

Indications	Nombre de cas	Pourcentage
Rectorragie	251	60,90
Proctalgie	66	16,01
Sensation de masse	25	6,06
Diarrhée chronique	28	6,79
Constipation	05	1,21
Ecoulement anal purulent	07	1,69
Prurit anal	04	0,97
Image suspecte sur un lavement baryté	03	0,72
Gène rectale	03	0,72
Syndrome dysentérique	04	0,97
Autres( OMI*, asthénie sexuelle, incontinence anale, varicosité MI**)	14	3,39

\*œdème des membres inférieurs

\*\* membre inférieur

Tableau II : Répartition des lésions

Types de lésions	Nombre de cas	Pourcentage
Hémorroïdes	328	58,88
Ano-rectite	151	27,10
Fissure anale	25	4,48
Polype	24	4,48
Sténose ano-rectale	03	0,53
Diverticule	01	0,17
Abscès anal	02	0,35
Prolapsus rectal	02	0,35
Cancer ano-rectal	13	2,33
Fistule anale	5	1,25
Absence de lésion	20	4,80

## DISCUSSION

La pathologie anorectale est fréquente en Centrafrique et en Afrique en général. Mais cette sphère ne fait pas l'objet de nombreuses communications scientifiques. Ce constat a été fait par plusieurs auteurs africains( 1, 2, 3, 4). Klotz et coll.(2) rapportent 156 pathologies anales sur 405 endoscopies basses. Ndjitoyap et coll.(5) ont enregistré 578 pathologies ano-recto-coliques sur 720 endoscopies basses soit 80%. Maïga et coll.(3) ont colligé 550 pathologies anales sur 1036 examens proctologiques soit 53%. Le jeune âge (36,28 ans) de nos patients atteints d'affections ano-rectales est retrouvé dans les séries africaines: 36,52 ans en Côte d'Ivoire(6), 38 ans au Cameroun (5) et 36,33 ans au Mali (3).

Concernant le sexe de nos patients, le sex-ratio de 2,4 est supérieur de celui de Ndjitoyap et coll.(5) qui est de 1,68, inférieur de celui de Ndri et coll.(6) qui se situe à 3,62. Cette prédominance masculine est retrouvée également en Occident(7, 8). Il est reconnu que la station assise est un des facteurs favorisant des affections ano-rectales notamment de la maladie hémorroïdaire (8, 9). Ainsi sur le plan socio-professionnel, les fonctionnaires (29,1%), les élèves et étudiants semblent plus atteints dans notre série.

La rectorragie constitue le principal motif de consultation avec 60,9% des cas. Ceci est conforme aux données de la littérature (3, 5, 6). Les patients ne consultent qu'en cas de rectorragie abondante ou de saignement persistant. La douleur anale de type variable (piqûre, brûlure, pesanteur) vient au second plan avec 16,01%. La proctalgie est un signe fréquent dans les affections ano-rectales, reconnue dans les études tant africaines(1,2,3,5) qu'europpéennes (8,10,11). Contrairement aux autres séries africaines, qui considèrent unanimement que la constipation est de loin le principal facteur déclenchant de certaines affections ano-rectales(crisis hémorroïdaires), notre série met plutôt la diarrhée chronique en exergue avec 6,06% contre 1,21% pour la constipation. Ce pourcentage élevé de la diarrhée chronique serait en rapport avec la prévalence du SIDA qui ne cesse d'augmenter dans notre pays et qui constitue le premier symptôme des manifestations digestives de

cette affection(1). Les autres motifs de consultations sont très variés, d'où l'intérêt d'un examen proctologique systématique dans l'examen général des malades.

Sur le plan lésionnel, nous avons enregistré 549 cas, certaines sont associées. La maladie hémorroïdaire représente la lésion la plus fréquemment rencontrée(58,88%). Ndri et coll.(6) à ABIDJAN, trouvent 522 patients présentant une maladie hémorroïdaire sur 618 patients ayant consulté pour une affection ano-rectale. Au Cameroun Ndjitoyap et coll.(5) ont colligé 227 cas d'hémorroïdes soit 39,41% des lésions sur 720 patients qui consultaient pour des affections digestives basses. Pour Maïga et coll.(3), elle constitue la pathologie anale la plus fréquente. Cette constatation a été faite par Klotz et coll.(2) et Liberkind (9).

L'inflammation se retrouve dans les affections ano-rectales le plus souvent diagnostiquées. Notre étude révèle 27,10% des cas. Ces lésions seraient plus nombreuses si nous pratiquions une biopsie systématique à tous nos malades.

Les fissures anales sont l'apanage des constipés chroniques et le plus associées à la maladie hémorroïdaire(10). Notre série trouve 4,48% des cas.

Tous les auteurs africains s'accordent pour dire que la pathologie tumorale est rare en milieu tropical (1, 2, 3, 4, 5). Ndjitoyap et coll.(5) trouvent dans leur série 15,63% de polype et 5,55% de cas de cancer rectocolique. Nos résultats sont nettement inférieurs (4,33 % pour les polypes et 2,33% pour les cancers). Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'exploration colique a été complète dans leur étude et probablement par le faible effectif de notre échantillon.. L'étude histologique a été systématique pour nos cas de cancer. Il s'agissait dans tous les cas d'adénocarcinome. En revanche, les publications occidentales font état d'une augmentation de fréquence de ces pathologies tumorales(7).

S'agissant de la pathologie non tumorale, le diverticule a été retrouvé une seule fois dans notre série, confirmant ainsi la rareté de cette affection en zone tropicale (5).

Les fistules anales(1,25%) sont habituellement secondaires à l'infection des cryptes, elle est favorisée par la stase fécale due à la constipation (12). Le faible pourcentage de la fistule anale est retrouvé dans certaines séries africaines(3, 5) qu'occidentales (12).

L'abcès anal a été rarement observé(0,35%) de même que le prolapsus rectal (0,35%) .

La faible représentativité de certaines pathologies dans notre série s'explique par le fait que les malades consultent rarement pour une atteinte ano-rectale; ils font d'abord recours aux thérapeutiques traditionnelles et c'est en cas d'échec qu'ils consultent en médecine moderne.

Les habitudes alimentaires n'ont pas été prises en compte dans notre étude. Toutefois, il convient de signaler que la consommation d'alcool et d'épices est assez fréquente en milieu centrafricain.

**CONCLUSION**

La richesse symptomatique que nous avons découverte et qui mérite un développement de l'exploration ano-rectale n'a été réalisée jusqu'ici que sur une infime partie de la population dite "évoluée" centrafricaine.

**REFERENCES**

1. CAMENGO-POLICE S.M - Les affections anorectales au cours du VIH/SIDA. Thèse Méd. Bangui 1999.
2. KLOTZ F - Pathologie rectosigmoïdienne au Gabon. Afr Méd Santé 1988 ; 23 : 7-10.
3. MAIGA M.Y., TRAORE H.A., DIALLO G., DEMBELE K., KALLE A., DEMBELE M., GUINDO A - Etude épidémiologique de la pathologie anale au Mali. Méd Chir Dig 1995 ; 24 : 269-270.
4. MAIGA M.Y., TRAORE H.A., DIALLO G., DEMBELE M., DEMBELE K., KALLE A., GUINDO A - Aspects cliniques et anatomopathologiques du cancer du canal anal au Mali : à propos de 9 cas. Méd Chir Dig 1995 ; 24 : 423-424.
5. NDJITTOYAP NDAM E.C., NJOYA O., MBALLA E., NSANGOU M.F., NJAPOM C., MOUKOURI, NYOLO E., TAGNI SARTRE M., TZEUTON C - Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu Camerounais. Etude analytique de 720 examens. Méd Afr Noire 1991 ; 38 : 269-270.
6. N'DRI N., KOUAKOU LOHOUES M.J., ATTIA K.A., MOUSTAPHA O.M., YASSIBANDA S., BOUGOUMA A., CAMARA B.M., KOUAKOU N., ATTIA Y.R - La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain : à propos de 522 cas colligiés au CHU de Cocody. Méd Chir Dig 1994 ; 23 : 233-234.
7. FREMOND L., PETIT C., RENARD P., ZEITOU M P - Dépistage des tumeurs rectales asymptomatiques par le médecin généraliste. A propos de 370 rectoscopies au tube rigide. Gastroentérol Clin Biol 1995; 19 : 364-366.
8. SUDUCA P., SUDUCA J.M - Hémorroïdes. E.M.C. Estomac-Intestin, 9086 A10, 5-1990,12p.
9. LIBERKIND M - Hémorroïdes in J.J. Bernier, Flammarion, Ed. 1986, Paris, Flammarion 2, 1242-1246.
10. DUHAMEL J., WAJNBERG V - Fissures anales. E.M.C.Estomac-Intestin 9087 A 10, 9, 1974.
11. MADESCLAIRE G - Fissure anale et états fissuraires de l'anus in J.J. Bernier, Flammarion, Ed.,1986, 2, 1215-1220.
12. DENIS J., LEMARCHANT N - Fistules anales. E.M.C.Estomac-Intestin 9086 C 10, 5, 1990, 10p.